

疑義照会票（至急・普通） ←○で囲む

東京北医療センター 薬剤室 御中

患者 ID 番号		患者氏名		処方箋発行日 年 月 日 処方医師名
照会年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> （ 月 日 時）まで		
照会内容	1 規格・剤型について 2 調剤方法について 3 用法・用量・投与日数について 4 処方変更について（副作用、重複投薬を含む） 5 その他 *該当する所を○で囲んで下さい。			
具体的な内容				
保険薬局名 電話番号 F A X 照会薬剤師名	【 】		都・県	区・市

回答年月日	年 月 日	回答者	
回答内容			

〔注意事項〕

- ・ 疑義照会は必ずファックスで行ってください。至急の場合に限り電話と共に受け付けます。
- ・ 照会時には、この疑義照会票および処方せんを送信してください。

* 薬剤に関するファックスでの照会

FAX 番号： 03-5963-6826 （薬剤室直通）

（なお、薬剤室では保険に関することは受け付けませんのでご注意願います。）

- ・ 保険に関する疑義照会については当院医事課に電話で問い合わせ願います。

* 医事課照会先： 03-5963-3311 （内線 2056）